

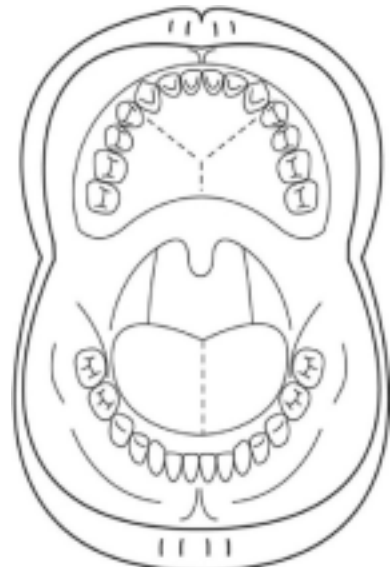
## 周術期口腔機能管理 報告書

患者番号: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_ 様

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 性別: \_\_\_\_\_

【 I ( 術前・術後 ) ・  II ( 術前・術後 ) ・  III】

全身麻酔手術 ( 術前・術後 ) 化学療法中 放射線療法中 緩和ケア

<p style="text-align: center;"><b>お口の状態</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 清掃状態: <input type="checkbox"/>良好, <input type="checkbox"/>普通, <input type="checkbox"/>不良</li> <li>・ 歯茎の腫れ: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</li> <li>・ 虫歯: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</li> <li>・ 動揺している歯: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</li> <li>・ 義歯の状態: <input type="checkbox"/>良好, <input type="checkbox"/>不良</li> <li>・ 口内炎: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</li> <li>・ 口腔乾燥: <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし</li> <li>・ その他:</li> </ul>	
--	---

実施内容	指導内容
<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> うがい ( ) <input type="checkbox"/> 保湿剤 ( ) <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 歯を磨きましょう(1日__回) <input type="checkbox"/> 粘膜の清掃をしましょう <input type="checkbox"/> スポンジブラシ, <input type="checkbox"/> ガーゼで清拭 <input type="checkbox"/> 舌ブラシで舌の汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがい(1日__回) <input type="checkbox"/> コンクール, <input type="checkbox"/> イソジンガーグル <input type="checkbox"/> アズノール, <input type="checkbox"/> ハチアズレ <input type="checkbox"/> キシロカインアズレン <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意しましょう <input type="checkbox"/> 義歯を清掃しましょう <input type="checkbox"/> 食事のとき以外は義歯を外しましょう <input type="checkbox"/> その他

保険医療機関名 所在地・電話番号 担当	〒 _____ 歯科医師:	045- _____	_____
---------------------------	------------------	------------	-------